

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

42

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André CAILLARD

Né le 19 novembre 1909, à Louvigné (Ille-et-Vilaine)

A PROPOS D'UN CAS
D'OCCLUSION TARDIVE

PAR

L'ANSE AFFÉRENTE
APRÈS GASTRECTOMIE

President : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André CAILLARD

Né le 19 novembre 1909, à Louvigné (Ille-et-Vilaine)

A PROPOS D'UN CAS
D'OCCLUSION TARDIVE

PAR

L'ANSE AFFÉRENTE
APRÈS GASTRECTOMIE

President : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINEt.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 Justin BESANÇON. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	} Clinique obstétricale.
GUÉNIOT.	
LE LORIER.	
LÉVY-SOLAL.	
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physiqu
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LENORMANT

Chirurgien de l'Hôpital Cochin
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait l'honneur de présider
cette thèse.*

En hommage respectueux.

A M. LE PROFESSEUR GUIBÉ

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Professeur à l'Ecole de Médecine de Caen

*A la bienveillance de qui nous devons
le sujet de cette thèse.*

*En hommage de nos sentiments de res-
pectueuse reconnaissance.*

A M. LE DOCTEUR R. DUPONT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de Mantes
Chevalier de la Légion d'honneur

*En souvenir très ému des deux années
d'Internat passées avec ce maître bienveil-
lant, à qui nous avons voué la plus res-
pectueuse et reconnaissante affection.*

A NOS MAÎTRES DE L'HÔPITAL DE CAEN

Stage :

M. LE PROFESSEUR LECORNU

M. LE PROFESSEUR GUIBÉ

Internat :

M. LE PROFESSEUR GUIBÉ

M. LE DOCTEUR MAUGEAIS

A PROPOS D'UN CAS D'OCCLUSION TARDIVE PAR L'ANSE AFFÉRENTE APRÈS GASTRECTOMIE

Introduction.

Les accidents consécutifs aux opérations portant sur l'estomac sont actuellement bien étudiés et bien connus. On connaît en particulier, depuis quelques années, les divers modes d'occlusion pouvant survenir dans les premiers jours qui suivent l'intervention, laquelle est le plus souvent une gastro-entérostomie, parfois une gastrectomie.

Par contre, il ne semble pas que l'on connaisse de cas d'occlusion survenant plusieurs mois ou même plusieurs années après l'intervention, et nos recherches à ce sujet sont restées vaines.

Nous rapporterons donc ici l'observation d'un cas inédit survenu dans le Service de notre maître le Dr Guibé, et qui nous semble remarquable par la date et les circonstances de son apparition, sa symptomatologie, son évolution.

Nous nous proposons d'étudier ensuite les détails de cette observation, d'en méditer les enseignements pour en tirer finalement les conclusions de pratique opératoire et post-opératoire qu'elle nous paraît devoir entraîner.

Observation inédite.

Charles M..., 33 ans, Saint-Germain-Langot, entre à l'Hôpital de Caen le 9 octobre 1934, pour des accidents péritonéaux. Depuis plusieurs années, il présente des troubles gastriques avec brûlures d'estomac survenant après les repas, mais il n'a pas eu de vomissements.

Il y a 24 heures, il a été pris d'une douleur brusque dans l'abdomen, qui s'est apaisée au bout de quelques heures pour reparaitre de nouveau ; depuis le début des accidents, il l'a eu ainsi trois crises douloureuses.

A son entrée, le malade souffre encore, mais modérément. Il ne présente que des signes péritonéaux peu accentués : contracture de la paroi à peu près uniquement localisée à la région épigastrique ; pas de sonorité pré-hépatique. T. 38°. Pouls peu accéléré.

Le diagnostic de perforation probable d'un ulcère gastrique étant posé, nous intervenons d'urgence sous anesthésie à l'éther.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. A l'ouverture du péritoine on ne constate ni gaz ni liquide libre. On se porte aussitôt vers l'estomac. On le trouve congestionné et présentant vers le pylore quelques fausses membranes, mais sans pus ni liquide interposé entre

lui et le foie. On décolle une frange épiploïque et on met au jour une petite perforation à l'emporte-pièce. Il existe une grosse induration de toute la région, s'arrêtant net au niveau du duodénum, mais occupant tout l'antra. A cause de cette induration, on se résout à pratiquer une gastrectomie, le malade ayant un bon état général et le péritoine n'étant pas infecté.

Débridement de la paroi vers la droite pour aborder plus facilement le duodénum. Libération de l'estomac avec ligature des pédicules le long de la grande courbure, puis ligature des vaisseaux de la petite courbure. Section du duodénum et de l'estomac, cette dernière assez bas. Fermeture du duodénum par un surjet sur la muqueuse avec enfouissement par un deuxième surjet sur la musculo-séreuse. Puis gastro-jéjunostomie. L'anse jéjunale supérieure est attirée à travers une brèche du mésocôlon transverse et suturée à toute la longueur de la tranche gastrique. L'anastomose est alors attirée à travers la brèche mésocolique, et celle-ci suturée à l'estomac au-dessus de la bouche. Tamponnement à la gaze imprégnée d'huile goménolée, pour exclure la suture duodénale. Suture du débridement latéral droit, en trois plans. Suture de la plaie médiane en un plan aux fils de bronze.

Les suites opératoires sont troublées par des vomissements assez tenaces et la persistance de quelques troubles gastriques. Les mèches sont retirées au bout de quatre jours, et le sac au bout de huit jours.

La cicatrisation de la paroi se fait par deuxième intention. Malgré la présence d'un tamponnement, à

aucun moment il n'y a eu la moindre fistule duodénale, et le malade sort guéri le 29 octobre.

Le malade rentre à l'Hôpital le 20 janvier 1935, pour une éventration épigastrique. Mais il se plaint toujours, non pas de son estomac, qui paraît fonctionner convenablement, mais d'une douleur dans le flanc gauche qui serait surtout marquée quand il est couché et qui disparaîtrait quand il est debout. L'exploration de l'abdomen ne révèle rien d'anormal.

Le 26 janvier, on pratique, sous rachi-anesthésie, la cure radicale de l'éventration. Laparotomie avec excision de la cicatrice. On trouve au-dessous de nombreuses adhérences de l'épiploon, qu'on libère, ainsi que quelques adhérences du bord libre du foie. On va à la recherche de l'anastomose qu'on explore. Elle paraît entourée d'une zone épaissie, comme indurée, mais elle est libre et ne présente aucune adhérence. Cli vage des lèvres de la plaie avec ouverture de la gaine des droits. Suture de la paroi en trois plans au catgut.

Suites opératoires normales. Le malade sort avec une paroi solide le 5 février.

Il revient de nouveau à l'hôpital, se plaignant de vomir depuis plusieurs semaines déjà. Il vomirait avec une grande fréquence, mais jamais ces vomissements ne sont alimentaires : il semble s'agir de suc gastrique plus ou moins pur, sans bile.

A l'hôpital, sous l'influence du repos et du régime, les vomissements disparaissent complètement.

Le malade est radiographié, et on constate que l'estomac présente une hypersécrétion assez marquée

de suc gastrique avec rétention. Mais, fait paradoxal, la bouillie bismuthée passe très vite dans l'intestin.

On renvoie le malade chez lui avec un traitement : mais il ne tarde pas à revenir parce qu'il vomit de nouveau et, cette fois, tout ce qu'il absorbe. Il rentre le 24 septembre. Depuis quelque temps, ces vomissements sont devenus très fréquents et très abondants ; depuis quelques jours, ils sont devenus presque continuels. Il s'accompagnent de signes assez vagues d'obstruction intestinale, sans arrêt net des matières et des gaz.

Le 25 au matin, nous retrouvons le malade considérablement amaigri, très fatigué, avec un peu de subictère des conjonctives. Les urines sont assez rares, très fortement colorées et contiennent des pigments biliaires.

Le ventre est parfaitement souple, n'est pas ballonné, mais on voit et on sent, au-dessous de l'ombilic et l'encadrant, un gros boudin en forme d'U, dont une branche remonte à droite vers le foie sans l'atteindre et l'autre se porte vers l'hypochondre gauche. Ce boudin ne présente pas de contractions péristaltiques. De plus il est mat à la percussion.

L'examen radioscopique, fait un peu rapidement à cause de la faiblesse du malade, permet de reconnaître le boudin qui est opaque aux rayons.

Le diagnostic d'occlusion avec distension du duodénum est posé. En effet l'anse distendue a la situation et la forme générales du duodénum.

Ce diagnostic paraît par ailleurs cadrer avec le subictère, qu'on attribue à la résorption de la bile dans l'anse, puisqu'il n'y en a pas de traces dans les vomissements du malade.

Intervention immédiate sous anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane. On tombe aussitôt sur l'anse distendue : c'est une anse grêle de dimensions géantes. Le reste du grêle et le gros intestin sont normaux, non distendus, plutôt flasques. L'estomac n'apparaît pas. En manœuvrant l'anse avec précaution, on arrive à l'extérioriser mais, tandis qu'on la soulève, avant d'avoir pu garnir l'abdomen au-dessous d'elle l'anse éclate et projette, en partie dans la cavité péritonéale, un contenu fortement bilieux et de débris alimentaires d'aspect végétal.

L'exploration de l'anse vide par l'extérieur et par l'intérieur permet de se rendre compte des faits. A droite, l'anse aboutit à la bouche gastrique, qui est peut-être un peu rétrécie mais permet facilement l'introduction de l'index. A gauche, l'anse se recourbe un peu en arrière, et sa dilatation se termine, soit au niveau de l'angle duodéno-jéjunal, soit au niveau du point de passage sous les vaisseaux mésentériques supérieurs, ce point n'a pu être exactement précisé. En tout cas le duodénum n'est pas distendu. L'anse intestinale efférente, partant de l'anastomose, est normale et perméable.

Evacuation à l'aspirateur du contenu de la cavité péritonéale puis lavage au sérum chaud.

La déchirure est large, occupant plus de la moitié

de la circonférence de l'intestin, irrégulière, et on finit par se résoudre à faire une entéro-anastomose entre les deux branches. L'anse efférente est incisée en regard de la déchirure et suturée à celle-ci par deux plans de suture. L'anastomose a été rendue difficile par la grandeur de la déchirure et son irrégularité, mais elle paraît assez convenable.

On met une mèche, et un drain dans le Douglas, et la paroi est fermée en un seul plan aux fils métalliques. Mais, malgré les injections intra-veineuses de sérum, le malade succombe dans la nuit.

L'autopsie n'a pas été faite.

Anatomie pathologique.

Voici à notre sens comment peut se définir l'anatomie pathologique d'un tel cas.

Remarquons tout d'abord que c'est l'anse afférente qui est dilatée, c'est-à-dire en amont du néopylore. La physionomie de tels cas est assez particulière : en effet, la lésion causale porte, non pas sur la continuité du tractus intestinal, mais sur une anse exclue fonctionnellement et anatomiquement au sens strict du mot, car la résection du pylore qui fut pratiquée a réalisé les conditions d'une exclusion unilatérale de ce segment d'intestin. Il ne s'agit donc pas à l'origine ici d'une occlusion intestinale, dont au reste le malade n'a jamais présenté les signes, fonctionnels ou physiques.

Pour le reste, peut-être l'anatomie va-t-elle nous aider à expliquer l'anatomie pathologique.

Petersen a établi que, dans sa première partie, le jéjunum est toujours rétro-stomacal, et que son origine (l'angle duodéno-jéjunal) est toujours située en face de la petite courbure. Ce sont là des rapports constants. Or, après pylorectomie ou gastro-entérostomie, l'estomac se dilate et s'abaisse, en même temps qu'il s'étale vers la droite (il l'était nettement dans notre

observation) et ces rapports sont alors valables au maximum.

Il en résulte que, si on veut laisser le jéjunum dans sa position physiologique, il faut faire l'anastomose en un point du jéjunum situé exactement en face de la partie la plus basse de la grande courbure : l'anse afférente a dans ce cas une longueur ne dépassant pas 8 à 10 centimètres. « De la sorte, l'anse anastomosée se porte directement de haut en bas ; il n'y a plus ainsi une anse droite et une anse gauche, mais une supérieure et une inférieure, si l'on a soin de donner juste comme longueur à l'anse la distance séparant la grande courbure de l'angle duodéno-jéjunal » (Petersen).

Or, dans le cas présent, l'anse afférente était nettement à gauche, et antérieure, c'est-à-dire bien placée pour comprimer l'anse efférente, postérieure. Kappeler a souvent insisté sur le mécanisme d'occlusion de l'anse efférente par compression de l'afférente située en avant d'elle.

Plusieurs éléments se trouvent donc réunis pour donner au cas que nous rapportons une symptomatologie assez particulière, qui n'est ni celle du *circulus vitiosus*, ni celle du reflux biliaire.

Symptomatologie.

On peut réduire les symptômes fonctionnels présentés par le malade à deux ordres de faits :

- Un premier, représenté par la douleur continue dans l'hypochondre gauche, et en rapport avec la stase alimentaire dans l'anse afférente distendue : c'est le signe le plus net, le seul qui soit caractéristique ;
- Un deuxième, tardif et vague, représenté par l'arrêt incomplet des matières et des gaz, et en rapport avec l'occlusion secondaire.

Quant aux vomissements, ils n'ont rien de pathognomonique : purement alimentaires, ils n'évoquent pas l'idée d'une lésion intestinale, mais d'une affaire purement gastrique.

Les signes physiques sont réduits et trompeurs : un boudin en forme d'U ouvert en haut et à gauche, *non animé de mouvements péristaltiques et mat à la percussion*.

L'examen radioscopique ne fait que refléter les découvertes de l'examen physique, et pour l'excellente raison que l'anse dilatée, ne siégeant pas sur la conti-

nuité de l'intestin, n'est pas accessible, ou mal, à la bouillie opaque.

Et c'est tout, et il ne peut y avoir autre chose. Comme dans tous les cas d'occlusion par compression, les signes sont très progressifs, passant par « une série de nuances insaisissables » pour ne se trouver réunis au complet qu'à la période ultime.

Notons en terminant qu'à aucun moment de l'histoire du malade il n'y a eu de signes d'ulcère peptique.

Essai de pathogénie.

Essayons de comprendre quel a été dans un tel cas l'enchaînement des faits, à partir de la gastrectomie.

La stase dans l'anse afférente paraît bien avoir été précoce. Il n'est pour nous en convaincre que de nous reporter à l'observation pour y voir que, trois mois après la gastrectomie le malade se plaint, dans l'hypochondre gauche, d'une douleur qui persiste quand il est couché, pour se calmer et même disparaître quand il est debout.

Il n'est pas douteux que cette stase a été, sinon produite, du moins favorisée par un processus d'adhérences au niveau de l'angle duodéno-jéjunal.

Pourquoi ces adhérences ? Peut-être existaient-elles à ce niveau comme ailleurs au moment de l'intervention initiale : simple témoin de la réaction de défense du péritoine contre l'infection due à la perforation ; et de fait, dès ce moment, comme ultérieurement, lors de la cure de l'éventration, l'opérateur a trouvé des adhérences. Et si on admet cette manière de voir, l'anse longue n'aurait joué qu'un rôle favorisant.

Ou bien c'est elle qui a fait tout le mal, en obligeant l'anse anastomosée, dont la partie afférente se trouve

à gauche et ascendante, à décrire une courbe très accentuée, et dans ce cas l'anse longue porterait toute la responsabilité de l'accident terminal.

Il semble difficile et bien hasardeux de vouloir dans cette observation faire la discrimination entre la part qui revient à l'anse longue et celle du processus qui a créé des adhérences. Il est plus probable que, ici comme bien souvent en médecine, ces deux ordres de faits ont concouru, chacun pour son compte et parallèlement, à former l'épisode suivant, qui est la coudure, et nous verrons plus loin les enseignements pratiques que nous pouvons en tirer.

Quoi qu'il en soit, se trouve formée sur l'anse afférente une coudure. Au niveau de l'angle duodéno-jéjunal ? Au niveau du point de passage des vaisseaux mésentériques ? Sur ce dernier point, aucune donnée anatomique ou opératoire ne permet d'avoir un avis.

Par ailleurs, il y a eu rétrécissement certain de la bouche stomacale, probablement par lésions de péritonite là encore.

Ceci nous explique que le malade soit revenu deux fois à l'hôpital avec des signes fonctionnels qui étaient, bien plus que des signes d'obstruction intestinale, des signes — nous ne pouvons pas dire de sténose pylorique — mais de sténose gastrique : vomissements alimentaires d'abord espacés, puis continuels, sans trace de bile.

Et c'est seulement dans un dernier temps que l'anse afférente, démesurément dilatée, a progressivement comprimé l'anse efférente, laquelle a effective-

ment été trouvée à l'intervention petite et vide. Ainsi s'explique le fait que les signes d'occlusion n'aient jamais été très nets.

Ainsi se justifie le titre de ce travail : l'occlusion n'a été que le tout dernier phénomène d'une affection qui évoluait à bas bruit depuis près d'un an. Mais c'est elle qui a fait la gravité du cas, c'est elle qui a emporté le malade.

Quels enseignements pratiques peut-on tirer de cette observation?

Le premier, c'est la gravité de tels cas. Et nous ne devons nous en étonner que dans une certaine mesure. Ici en effet interviennent, avant et après l'éclosion des accidents aigus, plusieurs éléments de gravité.

C'est d'abord l'évolution insidieuse, avec alternatives de mieux et de pire, rémissions prolongées. Le malade revient une première fois parce qu'il vomit : mais ces vomissements ne sont pas en eux-mêmes tellement alarmants : pas d'aliments, pas de bile. Et même la radioscopie ne permet pas de déceler la terrible complication qui est en train de s'élaborer derrière une façade trompeuse d'hypersécrétion et de stase : le bismuth passe vite et bien.

Et puis il y a onze mois que le malade a été opéré. Pourquoi songerait-on à une complication qui mettrait près d'un an à se produire? Au contraire, tout porte à appliquer un traitement médical de repos et d'hygiène alimentaire, qui suffit d'ailleurs à faire disparaître pour un assez long délai les accidents.

Et quand s'établit l'accident grave, c'est chez un homme asthénisé par des périodes où l'alimentation est

impossible, par un régime strict. Et puis n'oublions pas qu'il s'agit d'une de ces occlusions haut placées dont on sait, depuis les travaux de Gosset et Binet, qu'elles sont les plus graves parce qu'amenant une déchloration intense et des phénomènes rapides d'intoxication. Et c'est bien comme un intoxiqué qu'apparaît le malade, au matin du 25 septembre : conjonctives subictériques, urines rares et bilieuses. Dès ce moment, l'entéro-anastomose et le sérum salé hypertonique intra-veineux apparaissent comme incapables de sauver une partie perdue d'avance.

Un deuxième enseignement nous paraît pouvoir être dégagé. Il est d'ordre opératoire. Et alors se pose le double problème de l'anse longue et de la jéjunostomie préventive.

Comme nous l'avons vu, l'anse courte répond à une nécessité anatomique. Toutes les techniques opératoires, qu'il s'agisse de gastro-entérostomie ou de gastrectomie, qui ont voulu s'en passer, ont été vouées à l'échec. C'est d'ailleurs là une question jugée depuis longtemps.

Mais nous devons aller plus loin, et nous demander si cette précaution met à l'abri de toutes les surprises. Pour tâcher de répondre, nous allons reproduire une observation inédite que nous avons pu prendre lorsque nous étions à l'Hôpital de Mantes l'interne du Dr Robert Dupont, et qu'il a bien voulu nous retransmettre pour cette thèse.

M. G. A..., 40 ans, entre dans le Service le 2 novembre 1931 pour des troubles gastriques, apparaissant 4 heures environ après les repas, et s'accompagnant parfois de vomissements acides. Le malade a présenté des hématomèses et a notablement maigri depuis 3 mois.

L'examen radiologique montre une lésion au niveau du duodénum et l'on intervient le 3 novembre 1931 sous anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. On trouve sur la 1^{re} portion du duodénum une zone indurée qui a tous les caractères d'un ulcère.

On fait alors une gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique qui ne présente aucune particularité.

Les suites opératoires immédiates sont excellentes. Le malade se lève au 8^e jour, il ne vomit plus et commence à s'alimenter normalement.

Le 19, des signes d'occlusion commencent à se manifester, d'abord incomplètement; puis, le 22, il y a arrêt de l'émission des gaz; les vomissements sont incessants et on intervient à nouveau.

Le ventre ouvert, on trouve un estomac rempli, plein de gaz, énorme; on soulève l'estomac et on va reconnaître la bouche de gastro-entérostomie. Celle-ci ne présente rien d'anormal, mais on aperçoit alors, entre l'anse afférente, le mésocôlon et la paroi postérieure de l'abdomen, des anses grêles étranglées. En attirant celles-ci, on constate que presque tout le grêle est passé dans la partie gauche de l'abdomen, il est facile de rétablir les choses en état et de remettre le grêle en place. On constate que l'invagination commençait à 30 centimètres environ de l'estomac. Une fois l'intestin grêle remis en place, l'anse afférente, qui avait un aspect violacé, reprend sa coloration nor-

male et l'estomac se vide instantanément. L'orifice qui reste béant est refermé par une greffe d'épiploon libre.

Les suites opératoires immédiates furent excellentes, les vomissements cessèrent mais, au 6^e jour, le malade fut emporté par une hématomèse foudroyante.

Il est à remarquer que la distance entre l'anse afférente et la paroi postérieure n'était pas considérable, car nous avons l'habitude de pratiquer des gastro-entérostomies à anse courte. Nous ne pouvons donc nous expliquer cette complication.

Cette observation nous paraît être assez significative de l'ignorance où l'on se trouve parfois de l'origine de certaines complications post-opératoires. Elle a l'intérêt de montrer, sans pour cela porter atteinte au prestige de l'anse courte en chirurgie gastrique, que celle-ci n'est pas toujours une sûre garantie quant à l'avenir des opérés de l'estomac.

Alors se pose la question de la jéuno-jéjunostomie. Successivement Braun et Jaboulay l'ont préconisée. Gallet, de Bruxelles, est même allé jusqu'à la pratiquer systématiquement. Elle est évidemment souhaitable, car elle eût empêché l'occlusion dans l'observation qui fait l'objet de ce travail. Mais la question semble devoir comporter une double réponse : l'anastomose entre l'anse afférente et l'anse efférente est facile et inoffensive quand elle succède à une gastrectomie pratiquée à froid, sur un malade bien préparé, non infecté. Elle doit être proscrite quand l'intervention est pratiquée au cours d'une perforation. Ce serait folie que de prolonger un temps opératoire, qui est par lui-même assez shockant, et de faire courir au malade un

supplément de risques que ne légitiment pas ceux d'une complication relativement rare.

Troisième enseignement enfin, et qui concerne les suites opératoires, tant immédiates que tardives, très tardives même. Il apparaît de toute nécessité de surveiller longtemps et souvent l'appareil digestif d'un opéré de l'estomac. Peut-être à cette condition pourra-t-on au moindre signe d'alarme intervenir par laparotomie exploratrice et arriver à temps pour pratiquer, si pour une raison ou une autre elle ne l'a pas été, l'entéro-anastomose salvatrice.

Conclusions.

Sauf dans les cas compliqués, où il faut aller vite, la gastrectomie reste l'intervention de choix.

A côté des cas d'occlusion intestinale proprement dite, d'une part, de reflux et de *circulus vitiosus* d'autre part, il peut exister des cas d'occlusion au niveau de l'anse afférente : cas de pathogénie complexe, dans lesquels semblent s'associer un processus d'adhérences et un rétrécissement de la bouche stomacale (dû probablement à des lésions de péritonite autour de la bouche), qui donnent dans un premier temps des signes de sténose puis, par compression due à la stase, des signes assez frustes d'obstruction intestinale.

La gravité de tels cas vient du fait que la symptomatologie en est assez fruste, le diagnostic difficile parce que la radioscopie y est inopérante.

Le traitement préventif de cet accident, et plus généralement des occlusions post-opératoires, réside dans l'anastomose à anse courte, et nous avons vu que cette précaution ne met pas à l'abri de toute complication de cet ordre.

Il faut donc tenir sous une surveillance constante et prolongée les opérés de l'estomac, afin de pouvoir au moindre signe d'alerte faire une laparotomie exploratrice et éventuellement une jéjuno-jéjunostomie.

Vu : le Président de la thèse,
LENORMANT.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Alcobe et Bofill.* — Un cas d'occlusion intestinale après gastrectomie (Monde médical, 14 ; 263-264, 25 février 1932).
- Armitage.* — Intestinal obstruction complicating posterior gastro-jejunosomy, case of internal strangulation of small intestine by afferent limb (Brit. J. Surg., 18 ; 154-161, July 1930).
- De Beule.* — Circulus vitiosus (Bull. acad. royale médecine de Belgique, 1904, 591).
- Bevan.* — Jejunal obstruction due to adhesions about site of gastro-enterostomy (Surg. Clin. Chicago, 1928, II, p. 489-495).
- Bréchet.* — De la pylorectomie dans les sténoses bénignes du pylore (Rev. Chir., 1907, t. I, p. 296).
- Congrès de l'Association allemande de Chirurgie, XXIX^e.* Petersen, von Hacker.
- Congrès français de chirurgie, 1905.* Hartmann Monprofit.
- Daurignac.* — Occlusion intestinale après les laparotomies. Th. Toulouse.
- David.* — Occlusions post-opératoires (Tribune médicale, 1907).
- Fairchild.* — Obstruction following gastrectomy. Its mechanical factors (California and West Med., 33, 860-863, déc 1930).
- Graham et Lewis.* — Journal of the American medical Association, 104, 2 février 1935, pp. 386-390.
- Guibé.* — Chirurgie de l'abdomen.

Hautefort. — Occlusion du grêle à la suite d'une gastro-entérotomie postérieure (Bull. et Mém. des Chir. de Paris, 20 février 1934, p. 105).

Jaboulay. — Cliniques chirurgicales.

Kappeler. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 49, n° 50.

Lenclos. — Des occlusions intestinales post-opératoires. Th. Nancy.

Leriche. — Résection de l'estomac pour cancer. Th. Lyon, 1907.

Naveau. — Résultats fonctionnels défectueux des opérations gastriques. Th. Paris, 1904.

Nové-Josserand. — Circulus vitiosus.

Petersen. — Beiträge zur klinischen Chirurgie, 1901, Bd. XXIX, p. 597.

Ricard et Chevrier. — Gaz. des Hôpitaux, 1905.

Rusca. — Circulus vitiosus. Madrid, 1907.

— Société de Chirurgie ; déc. 1900, Delbet, Schwartz ; juillet 1903, Monprofit, Hartmann, Tuffier ; mai 1907, Tuffier, Monprofit.

Summers. — Acute complete obstruction of small intestine following gastro-jejunostomy. Cure by degastro-enterostomy (Archiv. surg., 19 aug. 1929, 292-300).

Terrier et Hartmann. — Chirurgie de l'estomac.

Tuffier. — Chirurgie de l'estomac, 1907.

Wilhelm. — Occlusions post-opératoires. Th. Nancy, 1893.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.....	11
Observation inédite.....	13
Anatomie pathologique.....	19
Symptomatologie.....	21
Essai de pathogénie.....	23
Enseignements pratiques à tirer de cette observation.....	26
Conclusions.....	31
Bibliographie.....	33
